

**Departamento de Salud Pública de Massachusetts  
Intervención Temprana  
Formulario de Testimonio de Ingresos**

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Programa de Intervención Temprana: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN A: INFORMACIÓN IDENTIFICATORIA**

Nombre del niño como figura en el Certificado de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre(s) de padre/madre o tutor(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de padre/madre o tutor(a): \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B: DOCUMENTACIÓN USADA PARA VERIFICAR LOS INGRESOS**

Todas las familias tienen que proporcionar prueba de los ingresos para determinar la cuota anual. Las familias que tienen MassHealth no tienen que pagar la cuota. Por favor, marque todas las que corresponden (tenga en cuenta que se requiere una sola prueba de la documentación):

<b>Tipo de documentación</b>	<b>Ingresos anuales por hogar</b>
<input type="checkbox"/> Formularios de la Declaración de Impuestos más reciente <i>(1040=renglón 22; 1040A=renglón15; 1040EZ=renglón 4; Declaración estatal=renglón 10)</i>	
<input type="checkbox"/> Formularios W2 y/o 1099 más recientes <i>(W2=renglón 1, 1099=todos los renglones 1, 2 y 3)</i>	
<input type="checkbox"/> Últimos dos (2) recibos de sueldo/salario consecutivos <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cantidad semanal _____</li> <li><input type="checkbox"/> Cantidad quincenal _____</li> <li><input type="checkbox"/> Cantidad mensual _____</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> Declaración escrita de sueldo o salario (debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono de la empresa o empleador, y la firma del supervisor o miembro del personal)	

<b>Tamaño de la Familia</b> _____ <b>Cuota Anual</b> _____
--

**SECCIÓN C: TESTIMONIO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS Y DE PADRE/MADRE**

Por la presente declaro que la información antes proporcionada, revisada y documentada, es correcta y completa, según mi leal saber y entender.

**Firma de padre/madre o tutor(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del miembro del personal de Recursos Humanos:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letras de molde:** \_\_\_\_\_